様式第一号(第四条第一項及び第五条第一項関係)

| 写　真<br>photo<br>40mm×30mm | 収　入　印　紙　欄<br>revenue stamp | ※許可番号 | |
|---|---|---|---|
| | | ※許可年月日 | |

# 臨　床　修　練　／　臨　床　教　授　等　許　可　申　請　書

APPLICATION FOR PERMISSION FOR ADVANCED CLINICAL TRAINING ／ CLINICAL TEACHING AND RESEARCH

厚生労働大臣　　殿

To：Minister of Health, Labour and Welfare

外国医師等が行う臨床修練等に係る医師法第17条等の特例等に関する法律の規定に基づき、関係書類を添えて臨床修練又は臨床教授等の許可を申請します。

Under the provisions of the Law concerning the Exceptional Cases of the Medical Practitioners' Act, Article 17, on the Advanced Clinical Training of Foreign Medical Practitioners, etc., I hereby apply for permission for advanced clinical training or clinical teaching and research, and submit the necessary documents.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 目　的／Purpose | | □臨床修練／Advanced clinical training<br>□臨床教授／Clinical teaching　□臨床研究／Clinical research | |
| 国　籍<br>Nationality | | 生年月日<br>Date of birth | 年　月　日<br>Year　Month　Day |
| 氏　名<br>Name | 原語表記<br>in the original letters | | |
| | 英語表記<br>in English | | |
| | 日本語表記(カタカナ)<br>in Japanese Katakana | | |
| 性　別／Sex | | □男／Male　　□女／Female | |
| 出生地／Place of birth | | | |
| 本国における居住地<br>Home town／city | | | |
| 日本における居住地<br>Address in Japan | | | |
| 電話番号／Telephone No. | | | |
| 臨床修練又は臨床教授等終了後の予定<br>Plans after the advanced clinical training or clinical teaching and research | | □帰国／Return to your country<br>勤務予定先／Intended place of work<br>＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>□その他／others<br>(　　) | |

<table>
<tr><td rowspan="5">外国医師(歯科医師･看護師等)<br>資格<br>Foreign license of<br>medical practitioner<br>(dental practitioner･nurse)</td><td colspan="2">資格を取得した外国の国名<br>Country where the license is obtained</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">資格を取得した年月日<br>Date when the license is obtained</td><td>年　月　日<br>Year Month Day</td></tr>
<tr><td rowspan="3">資格の名称<br>Name of the license</td><td>原語表記<br>in the original letters</td><td></td></tr>
<tr><td>英語表記<br>in English</td><td></td></tr>
<tr><td>日本語表記(カタカナ)<br>in Japanese Katakana</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">日本国及び外国において<br>欠格事由に該当しない旨の申述<br><br>Declaration that applicant<br>has not come under grounds<br>for disqualification in<br>Japan or overseas</td><td colspan="2">罰金以上の刑に処せられたことの有無<br>Fine or severer punishment</td><td>□なし／No<br>□あり／Yes<br>具体的内容／Details<br>(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">医業停止等の行政処分を受けたことの有無<br>license suspension</td><td>□なし／No<br>□あり／Yes<br>具体的内容／Details<br>(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">医事に関し、犯罪又は不正の行為を行ったことの有無<br>Criminal records concerning medical affairs</td><td>□なし／No<br>□あり／Yes<br>具体的内容／Details<br>(　　)</td></tr>
</table>

以上の記載内容は事実と相違ありません。
I hereby declare that the statement given above is true and correct.

年　　月　　日
Year　　Month　　Day

（注　　意）1.　用紙の大きさは、A4とすること。
(Remarks)　Use the paper of Japanese Industrial Standards A4.
2.　※印の欄には、記入しないこと。
Column with ※sign is for official use only.
3.　黒ボールペンを用い、かい書又はブロック体ではっきり記入すること。
Write clearly in block letters with ball-point pen.
4.　収入印紙には、消印をしないこと。
Don't seal the revenue stamp.
5.　指示のない欄は日本語又は英語で記入すること。
Fill in Japanese or English except in indicated cases.